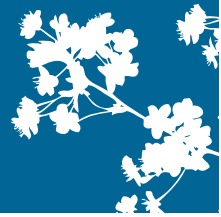


DET STORE SPØRSMÅLET

– hvilken plass har fortellinger i psykisk helsearbeid?

av Rita Sørly



Dette essayet er et sett refleksjoner omkring fortellinger og narrativ praksis innen psykisk helsearbeid. I det følgende presenteres noe teori om fortellinger, et forskningsprosjekt jeg arbeidet i noen år, og en fortelling fra dette prosjektet. Videre ser jeg nærmere på ulike former for narrativ praksis, og spør om dette kan utføres innen psykisk helsearbeid. Hvordan kan vi få til en recovery - tilnærming hvor vi alle deltar i samkonstruerende fortellinger?

Fortellinger

Fortellinger er en del av dagliglivet; vi mennesker er iboende historiefortellere. Når vi prøver å forstå noe som har skjedd med oss, bruker vi ikke abstrakte begreper. Vi forteller historier. Opplevelser krever tolkning og meningsdannelse for å ikke bli ubearbeidet. Noen forhold i livene våre er grunnleggende og dypt problematiske, og disse situasjonene krever en fortolkende innsats av de som prøver å gjøre dem sammenhengende og fornuftige (Karp & Birk 2013). En av livets mest forvirrende situasjoner er

relatert til psykisk lidelse. Når vi lider følelsesmessig, gir vi gjerne en betydning til hendelsene i våre liv som ofte er knyttet til personlige feil, anger, uverdighet, meningsløshet og isolasjon (Hamkins, 2014). Den betydningen vi gir til hendelsene, har innvirkning på vår helse.

Kliniske historier i journalene og rapportene fra både psykisk helsevern og distriktpsykiatriske sentre (DPS) stammer fra biomedisinens verden **og** den erfarte hverdagen til brukerne av psykiske helsetjenester og deres fagpersoner. Både personlige og sosialt konstruerte fortellinger former handling og erfaring innen psykisk helsevern og DPS. Journalene, rapportene, samtalene og språket på en post i spesialisthelsetjenesten eller på DPS former kulturen på det enkelte stedet. Som forskere, ansatte og brukere i psykiske helsetjenester kan vi føle oss hjemløse i en biomedisinsk forståelse av psykisk helse. Institusjonelle maktstrukturer og medisiner har blitt presentert som svar på lidelse og ensomhet, traumer og vanskelige utfordringer i livet i mange

tiår. Som profesjonelle vandrer vi langs små stier i et grenseområde, delt mellom de som definerer psykisk sykdom som nevrologiske hjerneskader i psykiatriske rapporter, og de som vil endre dette feltet gjennom en narrativ praksis. En narrativ praksis er drevet av ideen om at vi opplever våre liv og identiteter gjennom historiene vi forteller om oss selv og verden (Hamkins 2014, s. Xiv).

Så hvordan forstår vi fortellinger?

En amerikansk professor i kommunikasjon, Norman Denzin, har følgende definisjon av en fortelling (2001, s.28): En fortelling er en historie som forteller en sekvens av hendelser som har betydning for fortelleren og hans eller hennes publikum. En fortelling har et plot, en begynnelse, en midtdel og en slutt. Fortellingen har en indre logikk som gir mening for fortelleren. (Sitat slutt). Jeg forstår fortellinger mer som sam-konstruksjoner i sosiale handlinger og framførelser av identiteter (Karlsson, Löfdahl, og Pérez Prieto, 2013; Mishler 1999). Dette perspektivet fokuserer på det performative, altså mer på handlingsaspektet, ved fortellingene og forskeren, praktikerne eller brukeren som en medskaper av fortellingene. Fortellinger er noe vi gjør sammen. Dette handlingsorienterte perspektivet innebærer et ønske om å fokusere på sam- skapelsen av fortellinger. Ingen enkeltperson eller fortelling kan regnes som avsluttet, endelig eller fast: alle fortellinger

er åpne og gir muligheter for nye revisjoner, nye dialoger for fremtiden. Fortellingene er å forstå som pågående, dynamiske prosesser. Ting eksisterer bare i forhold til andre, i kontekst, og vi er alltid i dialog med andre individer og verden (Robinson, 2011, s. 4). Fortellinger er meningsskapende verktøy (Tekin, 2011) som organiserer våre liv, legger erfaringer i en sammenheng, og gjør oss i stand til å fornemme serier av hendelser i våre liv.

Hvordan historier er knyttet til bestemte sosiale sammenhenger krever en forståelse av hvordan disse sammenhengene virker med fortellingene og fremstillinger av fortellingene. Den samme historien kan bety forskjellige ting i ulike settinger. Å fortelle dine nærmeste at du strever, er noe annet enn å sitte foran en behandler og diskutere mulige diagnoser. De sosiale konsekvensene av fortellinger må forstås i forhold til 'hva som står på spill' (Gubrium, 2005). Sosiale sammenhenger er viktig i forhold til fortellinger, og representerer ulike forteller-miljøer som bekrefter eller avviser enkelte historier; det kan være fortellinger som innebærer vrangforestillinger eller stemmehøring. Beretninger skapes, gjenskapes og retter seg mot flere formål (Gubrium, 2005). Historier blir produsert, fordelt og sirkulert inne på avdelingene på et psykiatrisk sykehus eller et DPS. Fra et handlingsorientert perspektiv på fortelling aktualiseres

samtalen som en performativ arena (Peterson og Langellier, 2006). Innkomtsamtalen på posten eller evalueringssamtalen etter opplevd tvang er eksempler på performative arena. Vi kan se hvem som deltar, hvor, når og til hvilke formål, og dette kan hjelpe oss til å se for eksempel politiske aspekter ved en fortelling. Ifølge Andrews (2007) er historiene vi forteller, og historier som vi som hører, sterkt påvirket av normene i samfunnet og konteksten man befinner seg i. Mening enkeltpersoner skaper gjennom fortellinger er ikke bare personlig eller særegen, men kan også være av en politisk karakter (Hammack, 2011). Som innlagt bruker på et DPS, underlagt tvang, kan fortellingen om medisinerer eller beltelegging, bli mer enn en personlig fortelling. Det kan bli en fortelling om kampen mot regelverket i psykisk helsevern.

I et performativt perspektiv forstås fortelling "as a making and a doing" (Langellier, Peterson, & Madison, 2006), noe som betyr at fortellingene blir sett på som dynamiske prosesser hvor personlig erfaring både kan produseres og transformeres til noe nytt. Transformasjoner av fortellinger gjør det mulig for narrativ å bryte gjennom betydninger, normative tradisjoner og dominerende fortellinger (Peterson og Langellier, 2005).

Forskningsprosjektet «Relasjonell innsikt»

Jeg skal si noen ord om et doktorgradsprosjekt som jeg arbeidet med i perioden 2011-2016. Jeg har valgt å vektlegge konteksten for prosjektet i denne sammenhengen. Dette for å holde fast ved den distriktpsykiatriske praksisen og utfordringer knyttet til å fremme medvirkning gjennom å arbeide med brukeres fortellinger.

Hensikten med studien var å undersøke brukernes innsikt i egen lidelse og behandling på DPS, og hvordan dette påvirket deres muligheter til å medvirke i behandling, relasjoner med andre mennesker og i livssituasjonen generelt. Det var et mål for studien å opprettholde og videreutvikle innsikt som et relasjonelt begrep som kan styrkes gjennom dialog. Ved å delta i dialog og fortellinger, kan vi gjenkjenne det kontinuum innsikt faktisk utfolder seg i. Denne typen kunnskap kan bidra til utvide synet på ulike måter å aktivisere brukerkompetanse på.

DPSene er ansvarlige for den psykiske helsen til menneskene innenfor gitte geografiske områder. Sentrene skal arbeide forebyggende for å forhindre innleggelser i spesialisthelsetjenesten, men også sørge for kontinuitet i tjenestene ved behov (Pedersen et al., 2013). DPSene utgjør en del av de spesialiserte tjenestene

utenfor sykehuset, men tilhører helseregionene både faglig og organisatorisk. Pr. 2014 finnes det 78 DPS i Norge, hvor av 14 er i Nord-Norge. Disse 14 dekker 87 nordnorske kommuner. DPS i Nord-Norge er svært forskjellige når det kommer til organisering, profesjonelle tjenester, spesialistdekning, kvalitet, bruk av ressurser, samarbeid med lokale myndigheter og design (Vorland, 2009.) Det er variasjoner mellom sentrene i tjenestens innhold, tilgjengelige ressurser og kompetanse (Storm et al., 2011, s. 2).

Deltakerne i studien

Deltakerne i studien var 30 brukere i DPS i Troms og Finnmark. 12 menn og 18 kvinner i alderen 18 til 87 år ble intervjuet. Deltakerne representerte en heterogen gruppe med forskjellige historier knytta til deres erfaringer innenfor psykiatrien. Deltakernes lidelser hadde kommet til uttrykk på forskjellige livsstadier, og alle hadde ulike, individuelle behov for hjelp i hverdagslivet.

Studiedeltakerne ble valgt ut med bakgrunn i følgende inklusjonskriterier:

- Deltakerne hadde opplevd endringer i livet som følge av en psykisk lidelse.
- Deltakerne hadde vært innlagt en (eller flere ganger) på et psykiatrisk sykehus.

- Deltakerne var samtykkekompetente, det vil si at de var i stand til å vurdere fordeler og ulemper ved å delta i prosjektet.

I den nordnorske konteksten jeg beveget meg i var forskjellene store. Jeg var ved 3 DPS i Troms og Finnmark. Disse tre sentrene dekte til sammen 18 kommuner i regionen. Kommunene er små, med spredt bosetning, og sentrene ligger ofte langt fra brukernes bosteder. De tre sentrene varierte i kultur og organisering, kompetanse og ressurser. På et av sentrene var det flest sykepleiere ansatt, mens på de to andre var det en mer tverrfaglig organisering. Sentrene behandlet ulike lidelser og tok imot kriseinnleggelsler, utførte medisinvurderinger, diagnostiske vurderinger og utredninger. Hvert senter samarbeidet med pårørende og nettverk, opptakskommunene sine og spesialisthelsetjenesten på forskjellige måter.

Av profesjonene som arbeider innen DPS-systemet utgjør sykepleiere den største gruppen. Andre store faggrupper er sosionomer, hjelpepleiere, vernepleiere, miljøterapeuter, psykologer, psykologspesialister, psykiatere og leger. I tillegg kommer andre grupper som for eksempel miljøarbeidere, og etter hvert også erfaringskonsulenter. Disse er forvalterne av kulturen som utvikler seg på det enkelte DPS, sammen med brukerne og tidvis også deres pårørende. Psykisk helsearbeid

generelt og DPSene opplever en kontinuerlig prosess av endring som er underlagt vesentlig veiledning fra sentrale myndigheter, men som implementeres gjennom lokale uttrykk i det enkelte DPS.

Studien innebar et sosialkonstruksjonistisk kunnskapssyn. Det er et tverrfaglig utgangspunkt som ser på verden som sosialt konstruert eller skapt. Samfunnet er både en subjektiv og en objektiv virkelighet i verden; det subjektive er forårsaket av et samspill mellom mennesker i den sosiale verden, og denne sosiale verden påvirker i sin tur folk, noe som resulterer i rutiner og vanedannelser (Andrews, 2012, s. 40). Disse rutine og vanene blir gradvis kunnskap (dominerende fortellinger), og denne kunnskapen er "institusjonalisert av samfunnet i den grad at fremtidige generasjoner opplever denne type kunnskap som objektiv" (ibid.). Sosialkonstruksjonister mener at språket har en praktisk konsekvens for mennesker (Burr, 2003). Dersom vi, eksempelvis, forstår psykiatriske diagnoser som et konstruert og skapt konsept, som tilhører en bestemt tid og kontekst, og som har gjennomgått transformasjonene til å bli dominerende fortellinger – gjennom eksempelvis manualer som DSM 5 eller ICD 10 - kan vi forstå noen av de konsekvensene en diagnose vil ha for den enkelte bruker av psykiske helsetjenester.

Blant brukere er det mange ulike veier inn til en innleggelse. For noen bærer forløpet preg av krise, for andre kan det være mer langsiktig planlegging bak et opphold på et DPS. Mange brukere opplever å ha sammensatte behov for hjelp. Det er et mål å samarbeide med brukeren om helsetjenester på lavest mulig nivå. Brukerne diagnostiseres etter de nevnte manualene (ICD 10 og DSM 5), og disse er å forstå som veiledere for de profesjonelles vurdering og klassifisering av brukerens psykiske lidelser. Diagnoser kan også utløse rettigheter til tjenester. Det er ikke enkelt å fastsette diagnoser; og det kan være en prosess å komme frem til en klassifikasjon som stemmer med det brukeren strever med og trenger hjelp til.

Det er i denne konteksten fortellinger og narrativ trer frem som nøkkelbegrep innenfor psykisk helsearbeid. Både i innleggelsesøyeblikket og i vurderingen av diagnosen. Det er også et fremtredende og viktig begrep gjennom hele behandlingen.

Gjennom arbeidet med doktorgradsprosjektet, ble jeg særlig oppmerksom på det relasjonelle aspektet. I arbeidet med deltakernes fortellinger kom nye fortolkninger og forståelser til overflaten. Forskere, profesjonelle og ansatte i fagfeltet utøver også innsikt i dialoger og fortellinger, dette handler ikke bare om brukernes evne til å utøve innsikt i ulike situasjoner. Jeg

var i utgangspunktet mest opptatt av at brukernes fortellinger var viktige å lytte til. I dag er jeg mer opptatt av hva vi kan gjøre med disse fortellingene. *Kan vi få til narrativ praksis innen psykisk helsearbeid? Hvordan kan vi arbeide med fortellinger?*

En fortelling fra doktorgradsprosjektet

Mens kliniske redegjørelser og rapporter ofte dokumenterer årsaken til sykdommen, skaper de sjelden en fortelling av mennesket over tid, i tiden – verken en personlig eller en sosial fortelling (Estroff, 1989). Den psykiatriske fortellingen utgjør bare en del av en helhet, og den må knyttes til mennesket som nå gjennomlever sykdommen. Hva var der før sykdommen brøt ut, og hva kom i etterkant, kan en spørre. Når pasienten forneker sykdommen, eller har innsikt, kan det dreie seg om å opprettholde det friske, det som ønsker å overleve; selvet og personligheten (Estroff, 1989). Sykdommen innebærer et brudd, en endring i livsløpet. Hvis lidelse overtar biografien, hva er igjen da? Vi fungerer i sosiale rom og på sosiale steder. Vi er søsken, mødre, barn og lever i relasjoner til omverden, uavhengig av sykdom. Vi er medlemmer av ulike kulturelle kategorier og sosiale roller. Vi bebor personlig tro og symbolske systemer som består av mening, erfaring og kunnskap. Disse er, som andre aspekt av selvet og identiteten, utledet

over tid, i og fra kulturen, fra erfaringen vi har alene og sammen med andre (Estroff, 1989). Hva betyr lidelsen eller diagnosen for mennesket som har den? Hvordan betrakter mennesket seg i forholdet til diagnosen? Hvordan vil mennesket med diagnosen fortelle sin livshistorie, hvordan vil han eller hun presentere seg selv? Å bli for eksempel schizofren innebærer en sosial og indre prosess, både åpen og lukket for omverden. Hvordan forstår man seg selv i relasjon til symptomene? Og hvordan påvirker denne forståelsen den enkeltes mulighet til å medvirke i sin behandling?

«Det store spørsmålet»

Jeg har valgt ut ei fortelling fra dette prosjektet, som jeg tenker kan være spennende for oss å se nærmere på. Dette er ikke ei fortelling som *viser frem* en narrativ praksis i psykisk helsearbeid, men refleksjoner rundt fortellingen, og konteksten den oppsto i, kan ha en overføringsverdi til praksis.

Dette er et utdrag fra intervjuet med Sverre, en mann i femtiårene som ble diagnostisert med schizofreni da han var 25 år.

Sverre og jeg hadde en intervju-avtale tidlig en tirsdag morgen, og for han hadde dagen begynt mange timer før møtet vårt. Han hadde våknet klokka 5 om morgenen, klar til å bli intervjuet og han sa han var ivrig etter om han

ville svare "riktig". Han tok en stol og satt nær meg. Vi hadde båndopptak-eren foran oss på bordet.

Når vi går inn i intervjuet, hadde Sverre og jeg snakket lenge sammen.

Rita: Hvis du skulle kunne fortalt noe om hva som ville vært ei god behandling for deg, hva tenker du at det ville vært?

Sverre: Nei, at jeg hadde vært trygg. Siden det er schizofreni og...ser de stemmene, det er jo best å sitte hjemme egentlig. Med en sykepleier på besøk hver dag, om så bare en time. Eller støt-tekontakt. Men jeg har jo støttekontakt og sykepleier, det har jeg jo, men det er nå tre dager, to dager i uka. Tre dager i uka.

Rita: Hm.

Sverre: Ja, pluss Møteplassen. Men stemmene har jo nå sagt at jeg kan ikke male, bare fordi at jeg vasker penselen så ofte.

Rita: Åja.

Sverre: De kommenterer DET OGSÅ. Jeg blir ikke irritert av det, men stemmene har klart å få meg irritert i år og i fjor. Før så var de ikke så hard, de klarer å få meg nesten sint.

Rita: Ja.

Sverre: (Ier)

Rita: Prøver stemmene da å stoppe deg fra å være med på Møteplassen?

Sverre: Ja, det virker som ...at jeg ikke kan male og sånn der. Det der med penselen, men det...

Rita: Men er du glad i å male?

Sverre: Mnja, når jeg har den skjebnen med meg, så maler jeg. Har lyst, så kan jeg male. De henter meg jo, så...men de sjelene, det er jo sånne døde sjeler så begynner jeg å tro at "jeg er snart død." Men jeg vet jo inne i meg, men jeg begynner å føle at "jeg er snart død". Sånn virker stemmene også. Så det er på alle mulige måter. De prøver å...jeg vet ikke om det er døde folk som kommer og skal liksom spøke. Det vet ikke jeg. Men det virker som det...Så har jeg en her (peker på brystet) som sier han er lensmann, en pute her, lensmannen, han spør og styrer alt. Han slukker psykosen, jeg hører det vet du, så..Han slukker psykosen, og det er jo..Jeg tenkte en gang, at når guttestemmene, ja, kanskje det hadde vært bedre med jentestemmer, men da tror jeg de slo seg vrang. Mot å komme inn i meg, og skal bo inne i meg. Eller et nytt liv. For de er forfulgt litt, noen av de stemmene, så de prøver å gjemme seg. Og en som sier han er kastet i vannet, arrangert ulykke i vannet, og han vil inn i meg og se, jeg ser han bestandig i speilet når jeg ser meg i speilet. Sånn trist, sånn også, at det er arrangert ulykke. Ja. Til og med med lensmannen til stede. Det er bare det, han kan ikke noe, bare si...

så tror lensmannen også på det. Teste om...teste om han kunne svømme. Den demonen som er inne i meg. I speilet, vet du. Man blir ikke sånn godt humør av dette, av de stemmene. Jeg har jo vært nyttig for dem. Det er vanskelig, det er en slags kriminalgåte, kan man si. Det er jo det. Schizofrenien, den har gått over til kriminalgåte. Men mange av de stemmene, de sier de har mista dama, og det er ikke kriminelt. De har mista dama. Noen har tatt dama fra dem, så skal de gjøre det samme. Så har de truffet meg, og siden jeg får damer, så skal de ha damer. Så skal de kripe i hodet på den dama og lose ho hjem til dem. Ja. Det er jo ikke...det er ikke kriminelt, det. Det er noe dem sier. Så du har gode og, det er ikke bare onde stemmer.

Rita: Nei, det er gode stemmer også?

Sverre: jaja. (en pause)

Sverre: Jeg vet ikke, det...schizofrenien tar jo overhånd UANSETT hva jeg gjør, så... [...] Hva som er mellom himmel og jord, det vet ikke jeg. Men det er bare.... Det er noe skummelt for meg, det derder. Jeg hørte en gang dem sa det var ei som hadde schizofreni, hun reiste til psykolog, og da forsvant det. Sånn blir ikke jeg å gjøre når det er lukket. Bare hørt det som blir fortalt. Men det er jo flere...altså, schizofreni det er jo ikke likt hos noen. Jeg tror ikke det er helt likt. Likedan.

Rita: Nei.

(...) [Vi gjør et hopp i intervjuet, og kommer til avslutningen]

Rita: Jeg vil gjerne si takk for det intervjuet med deg.

Sverre: Ja. Var jeg god å svare?

Rita: Du var veldig god, du ga mange gode tanker fremover. Så jeg er veldig glad for at du tok deg tid til å komme og snakke. (...)

Sverre: Joda, jeg må jo si sånn, det går ikke an å sitte alene med schizofreni, da blir man å prate med seg selv (ler). Man blir vekt sånn, og det er liksom...liksom så som så det derder. Hva er schizofreni, egentlig? Er det hull i hodet? Eller er det jeg som, eller er det tankene som...for hvis for eksempel ho Märtha Louise er på tv, så er det akkurat som hun kjenner meg, så får jeg sånne stemmer fra ho også, fra tv også, og bildene kan jeg prate med, og...Dem svarer også.

Rita: Hm. Men jeg tror at...

Sverre: Så rar den der schizofrenien. Du ser de her døde bildene her i korridoren, så begynner de å prate til meg. Gamle folk som er døde. Men det er jo ikke...altså, fra min side de prater. Akkurat som de begynner å si bare samme som det jeg vil, vet du. Sånn prat, ikke noe fra demmes side. Bare halvt enig, sånn prat.

Rita: Men jeg synes at du sa noe veldig klokt i sted, for du sa at schizofreni er vel

forskjellig for alle sammen?

Sverre: Ja.

Rita: Og det tror jeg du har rett i. At man opplever det veldig forskjellig. Så jeg tror ikke det er så enkelt å si at "sånn er det", og "sånn er det ikke".

Sverre: Nei, klart, jeg har jo gått mine skoler og sånn derder, så jeg vet egentlig ikke hva som er feil med de stemmene, det er jo et slags overtak i guttestemmene mine, overtak over meg. Jeg vet ikke hva som er feil med meg, det vet jeg ikke, det er det store spørsmålet, ja.

Narrativ praksis

La oss se nærmere på hva en narrativ praksis kan være. Narrativ praksis i psykisk helsearbeid har røtter fra narrativ medisin og narrativ terapi, som oppsto henholdsvis på 1980- og 1990- tallet. Den henter også inspirasjon fra narrativ psykiatri (Hamkins, 2014). Den narrative medisinen retter seg mot forholdet mellom lege og pasient. Den narrative terapien retter seg mot forholdet mellom terapeut og klient. Den narrative psykiatrien retter seg mot forholdet mellom psykiater og bruker/ pasient/klient. Å være kompetent i narrativ praksis betyr noe for forståelsen av andres fortellinger, og for å bygge opp tillit hos andre (Hutto et al., 2017). Fortellinger gir mening, og de er unike og iboende relasjonelle. Narrativ praksis betyr også noe for

oss selv; det former oss slik at vi kan delta i fortellinger og finne løsninger sammen som kan bety endringer.

Narrativ praksis er avhengig av historiefortelling for å fremme helse og velvære (Baldwin, 2015), og innebærer å lytte åpent og respektfullt til historier. De som lytter og deltar i fortellingene, kan oppleve økt følelse av innsikt, mening og personlig styrke.

Narrativ medisin, narrativ terapi og narrativ psykiatri er retninger som fokuserer på narrativ kompetanse, ikke bare for den som skal utøve omsorg, men også for pasientene eller brukerne i systemet, for å øke kvaliteten på tjenestene. Arbeid med fortellinger spiller en fundamental rolle i forbedring av tjenestene, og understreker at det å bygge opp en narrativ kompetanse kan endre eller transformere måten vi forholder oss til andre mennesker på. Jeg skal si litt om de forskjellige retningene.

Narrativ medisin

Narrativ medisin er en medisinsk tilnærming som er opptatt av folks fortellinger i klinisk praksis, forskning og utdanning som en måte å fremme tilfriskning på. Den tar sikte på å behandle de relasjonelle og psykologiske dimensjonene som oppstår i takt med fysisk sykdom, med fokus på å behandle pasienter som mennesker med individuelle historier, i stedet for bare å se på symptomer. Ved

å øke den narrative kompetansen hos legen mener man å øke den profesjonelles evne til empatisk lytting – og dermed også økt evne til å lære noe fra pasienten. Dette vil igjen føre til en sterkere, bedre og mer tillitsvekkende relasjon mellom lege og pasient. Narrativ medisin er en metode hvor man søker å unngå fortolkninger eller synsinger om pasientens handlinger; gjennom direkte, personlige dialoger fjerner man seg fra rollen som en som observerer og teoretiserer på avstand. Ved å delta direkte i sam-konstruksjoner av fortellinger unngår vi teoretisk spekulering og fantasier om den andres intensjoner for å handle som hun eller han gjør. Pasientens fortellinger er spesielle, nettopp fordi de fokuserer på det unike, særegne fremfor det generelle (Hutto et al., 2017).

Den narrative terapien er særlig opptatt av å styrke enkeltmennesker og grupper gjennom å få dem til å se på hvordan de forteller om seg selv, og utforske mulighetene til å fortelle nye historier om deres individuelle eller kollektive liv (Hutto et al., 2017). For mange mennesker er deres hverdag begrenset av dominerende fortellinger. Dette kan være fortellinger som patologiserer og begrenser oss, og som får det til å se ut som våre problemer er en essensiell del av hvem vi er. De begrenser våre handlingsrom. Diagnoser er en type dominerende fortellinger som kan begrense våre liv, rushistorikk en annen. Narrativ terapi

fokuserer på mulighetene til å kunne fortelle nye historier, fortellinger som bryter med dominerende fortellinger. Å fortelle en historie om sitt liv som rusavhengig eller psykisk syk, kan endres til en fortelling om søken etter en tilværelse med trygge rammer, en jobb man trives i, et nettverk rundt seg, og et godt sted å bo. Den narrative terapien er *fremtidsrettet*. Forbindelsen med hvordan vi forteller våre liv og hvem vi er, er så dypt forankret i oss mennesker, at enhver endring i vår fortelling, også vil kunne endre hvem vi er. Narrativ terapi søker å frigjøre klienten, brukeren eller pasienten fra undertrykkende diskurser og undertrykkende selvforståelse, og å erstatte destruktive egenfortellinger med en forståelse og selvoppfatning som gjør brukeren i stand til følelsen av å kunne velge, og ha kontroll over eget liv.

Narrativ psykiatri skiller seg fra den narrative terapien ved at den vektlegger menneskelig biologi. Den inkluderer den fysiske kroppen, og eventuelle kroppslige plager i større grad enn den narrative terapien gjør. Slikt sett er den nærmere beslektet med den narrative medisinen. Samtidig verdsetter den narrative psykiatrien flere spørsmål og fortellinger knyttet til biologien og hvordan den påvirker våre fortellinger. Narrativ psykiatri skiller seg fra psykoanalytiske og kognitive – behaviouristiske tilnærminger ved at den søker å finne kildene til en persons styrke, fremfor roten til

problemene. Den narrative psykiatrien er oppmerksom på pasientens forståelse av problemet, og kan fremme samtaler som svarer på spørsmål som eksempelvis *hva kan hjelpe deg gjennom denne vanskelige erfaringen? Hva verdsetter du, hva er din styrke?* Fremfor spørsmål som *Hvorfor har du dette problemet? Ligger røttene til dine problemer i barndommen?* (Hamkins, 2014).

I narrative psykiatriske konsultasjoner kan målet være å:

- Oppnå en empatisk kontakt med pasienten
- Spørre om pasientens (kulturelle) identitet og erfaringer
- Utvikle en fortelling om hva pasienten verdsetter og håper på
- Komme til en felles forståelse av problemet eller problemene som plager pasienten, og snakke om problemene som adskilt fra pasientens identitet
- Samle informasjon om familie og medisinske historie på en god, terapeutisk måte
- Oppdage styrker, og utvide den fremtidige fortellingen med pasientens talenter og kunnskap, for på den måten å

motarbeide problemene og la pasienten finne sin måte å leve livet på

- Sammen finne personlige og psykiske ressurser som samsvarer med pasientens ønske om hvem hun eller han ønsker å være i fremtiden (Hamkins, 2014).

Innenfor et lengre behandlingsforløp vil det være sentralt å gå mer grunnleggende inn i de nevnte punktene. Veien er den samme, men selvsagt mer dyptgående. SueEllen Hamkins (2014) sammenfatter behandlingsforløpet på denne måten:

- Etablere en god terapeutisk relasjon
- Eksternalisere og åpne problemet - å forstå symptomer og lidelse
- Dekonstruere ødeleggende diskurser
- Å finne tapte fortellinger med styrke og mening
- Samarbeid om behandlingsalternativ

Dette er godt i samsvar med den narrative terapien.

Det er kjent innenfor fagfeltet at det kan eksistere barrierer mellom profesjonelle og pasienter eller brukere. Helsepersonell er ofte sterke tilhengere av den medisinske modellen, med et ønske om en forskning – og evidensbasert praksis. De ønsker å finne årsaksforklaringer. Innenfor det spekteret kan det oppstå en avstand hvor partene snakker et forskjellig språk, har forskjellige forståelser av verden, og handler ut ifra forskjellige ståsted. I en slik forståelse er det ikke uvanlig å skylde på hverandre om noe skulle gå galt i kommunikasjonen eller behandlingen. Pasienter eller brukere kan også ha verdenssyn, preget av religiøsitet eller kultur, som kan innebære en annen sykdomsforståelse enn den medisinske. For mange brukere kan den medisinske modellen fremstå som objektiverende og upersonlig.

Fortellingene vi omgir oss med i dagliglivet er sosialt konstruerte, og søker sjeldent å svare på de samme spørsmålene som vitenskapen stiller. De tilfredsstillende derfor heller ikke vitenskapens krav. Fortellinger har andre egenskaper, og andre funksjoner i våre liv. De hjelper oss å skape mening, både i livet generelt og i spesielle situasjoner. De utgjør ikke vinduer til virkeligheten, men er dypt menneskelige og former våre liv. Fortellingene formidler vår opplevelse av det vi går gjennom, og hjelper oss gjennom sykdom og lidelse.

Gjennom å kunne fortelle nye historier om oss selv, kan vi endre oppmerksomheten og åpne øynene for løsninger vi tidligere ikke har sett. Man beveger seg så å si fra en problem-orienterende praksis, til en narrativ praksis med fokus på recovery, mestring og fremtid, med støtte fra de tjenestene man selv føler at man trenger. Gjennom fortellingene kan mennesker nærme seg det livet vedkommende ønsker å leve i fremtiden.

En narrativ praksis i psykisk helsearbeid skiller seg fra narrativ medisin, narrativ psykiatri og narrativ terapi ved at den ikke er forbeholdt relasjonen behandler/lege/terapeut og pasient. En narrativ praksis i eksempelvis DPS retter seg mot den større relasjonelle konteksten ved DPS, den retter seg mot praktikerne og brukerne og deres pårørende eller signifikante andre. Den retter seg mot kliniske rapporter, journaler, språket og kulturen på de enkelte avdelingene. Den retter seg mot hverdagene på avdelingene. Hvis vi løfter en narrativ praksis ut av behandlingsrommet og inn i avdelingene, hvordan ville den da se ut?

Refleksjoner knyttet til narrativ praksis i psykisk helsearbeid

En narrativ praksis tilbyr terapeutiske muligheter ved å gjøre den enkelte i stand til å skape mening av bestemte livserfaringer. Ved å forstå bestemte erfaringer kan den enkelte

identifisere styrke og mulighet til fremtidige mestringsstrategier (Ahmed & Rogers, 2016). For mennesker med psykiske lidelser som har behov for hjelp, oppleves hjelpen noen ganger som ubehagelig og støtende. Jo mer støtende denne hjelpen oppleves, jo lavere vil sannsynligheten for å oppnå samarbeid i situasjonen være. Ved å rette oppmerksomheten mot narrativ praksis, kan man tenke seg en mer forteller-orientert praksis på innen psykisk helsevern, på DPS og i psykisk helsearbeid. Mangel på samarbeid og brukervedvirkning forstås, innenfor en narrativ praksis, som en svikt i gjensidig forståelse, og ikke en svikt innad i den enkelte bruker. Ulfseth leverte i 2016 en avhandling som omhandler hvordan hverdagsaktiviteter i en miljøterapeutisk kontekst kan fremme sosiale relasjoner og kommunikasjon for mennesker som sliter psykisk. Ulfseth påpeker at praksisfeltet bør bli bedre til å utnytte de terapeutiske mulighetene som finner sted i her og nå-øyeblikk og situasjoner mellom pasientene i miljøet. Det å fange brukernes narrativer som fremstår i hverdagslige sosiale situasjoner i den miljøterapeutiske konteksten og løfte frem småpratene, kan være essensielt for både å bedre forstå forholdene til personer med psykiske lidelser og for å støtte deres bedringsprosesser (Ulfseth, 2016). Jeg sier meg enig med Ulfseth, men mener det er viktig at vi løfter opp en diskusjon knyttet til kompetanse i

narrativ praksis, og hva som kan virke *fortellerfremmende* i møtet med den enkelte bruker eller pasient. Hvilke åpninger i samtalen skal vi kople oss på? Og hvordan skal vi fremme en narrativ praksis når fortelleren er taus? Hvilket språk omgir vi oss med, hvilke grunnleggende holdninger kan fremmes ved en narrativ praksis? Skriver vi *fremtidsrettede* rapporter? Behandler vi brukerne i et *fremtidsrettet* perspektiv, eller skriver vi journaler som viser til hendelser år tilbake og kan bekrefte diagnosers relevans? Hva gjør vi med brukernes fortellinger? Bruker vi dem aktivt i et fremtidsrettet perspektiv med mestring og recovery som mål?

Det ligger mye etikk og grunnleggende holdninger i en narrativ praksis.

Narrativ etikk kan forstås som de etiske konsekvensene av å fortelle en historie (Newton, 1995). Forteller og lytter bindes sammen gjennom fortellingen. Det fins et etisk 'her og nå' i dette perspektivet; som ansatt og bruker på DPS deltar man i en pågående narrativ etisk prosess. Som knyttes til umiddelbarhet. Hvordan kan vi fremme brukervedvirkning gjennom fortelling når brukeren opplever store symptomtrykk, eller ikke ønsker å inngå i en relasjon?

Narrativ praksis fokuserer på at dialogen skal være, ikke bare respektfull, men også ikke-klandrende og betrakte brukeren som ekspert i eget liv.

Problemer sees på som atskilt fra person. Personer har evner, kompetanse, tro, verdier, relasjoner og muligheter som vil kunne hjelpe dem til et fremtidsrettet fokus. Narrative praktikere understreker at brukeres fortellinger må sees som uttrykk for kulturelle og sosiale prosesser, og ikke forstås som iboende biologiske eller psykologiske faktorer. De sosiale og kulturelle prosessene er dominerende fortellinger, som er inkorporert i våre liv og tatt for gitt. Vi konstruerer vårt syn på virkeligheten kontinuerlig gjennom disse dominerende fortellingene. Nysgjerrighet og vilje til å stille nye spørsmål som avviker fra dominerende fortellinger er viktig i en narrativ praksis.

Det kan være vanskelig å uttrykke seg i faser av en lidelse. En særlig oppfordring til praktikere er å tilnærme seg dagligspråket og brukerens eget språk i en dialog. Vi må sikre oss i dialogen at vi snakker slik at vi kan forstå hverandre (Sørly, 2017). Vår bevissthet er bestemt av, og springer ut fra, våre relasjoner til andre og svarene vi gir i dialogen (Bøe, 2016). Våre liv er så å si en pågående dialog. Vi kan ikke fjerne oss fra den andre parten i en dialog ved å gi opp å forstå. Vi må fortsette dialogen. Også når den er uforutsigbar og vanskelig å gripe (Sørly, 2017).

Merknad

«Sverre» er et fiktivt navn, og av personhensyn er data anonymisert. «Sverre» hadde gitt sitt skriftlige samtykke til intervjuet på forhånd, og vi diskuterte samtykket muntlig på nytt før vi startet intervjuet. «Sverre» hadde også med seg sin kontaktperson på DPS, slik at en eventuell oppfølging etter intervjuet var ivaretatt.

Doktorgradsprosjektet er godkjent av Regional Etisk komite. Veiledere i prosjektet var Professor Svein Haugsgjerd, tidl. Universitetet Nord, førsteamanuensis Marie Karlsson, Uppsala Universitet, og professor Geir Lorem, UiT Norges Arktiske Universitet.

Denne teksten er basert på et foredrag som ble holdt på SEPREP TUs landssamling i Tromsø 13.09.2019.

Rita Sørly
seniorforsker NORCE og redaktør i
Tidsskrift for psykisk helsearbeid
rita.sorly@norut.no



Litteraturliste:

- Ahmed, A., & Rogers, M. M. (2016). Polly's story: using structural narrative analysis to understand a trans migration journey. *Qualitative Social Work*. DOI: <https://doi.org/10.1177/1473325016664573>
- Andrews, T. (2012). What is social constructionism. *Grounded Theory Review*, 11(1), 39–46.
- Andrews, M. (2007). *Shaping history: Narratives of political change*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Burr, V. (2003). *Social constructionism*. Florence, KY: Routledge.
- Bøe, T. D. (2016). «They say yes; they don't say no»: Experiences of change in dialogical approaches to mental health - a qualitative exploration. PhD, Universitetet i Agder
- Estroff, S. E. (1989). Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject. *Schizophrenia bulletin*, 15(2), 189-196.
- Hutto, D. D., Brancazio, N. M., & Aubourg, J. (2017). *Narrative Practices in Medicine and Therapy: Philosophical Reflections*. *Style*, 51(3), 300-317.
- Karlsson, M., Löfdahl, A., & Pérez Prieto, H. (2013). Morality in parents' stories of preschool choice: Narrating identity positions of good parenting. *British Journal of Sociology of Education*, 34(2), 208–224. doi: 10.1080/01425692.2012.714248
- Klausen, R. K. (2016). Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. En oppsummering av kunnskap. Senter for omsorgsforskning, nord. Lastet ned 08.12.2016: [https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2412219/4/Brukermedvirkning%20i%20psykisk%20helsearbeid\[1\].pdf](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2412219/4/Brukermedvirkning%20i%20psykisk%20helsearbeid[1].pdf)
- Klausen, R. K., Karlsson, M., Haugsgjerd, S., & Lorem, G. F. (2015). Motherhood and mental distress: Personal stories of mothers who have been admitted for mental health treatment. *Qualitative Social Work*, 15(1), 103–117. doi: 10.1177/1473325015584981
- Klausen, R.K. (2016). Relational insight and user involvement in the context of Norwegian mental health care. A narrative analysis of service users' stories. PhD, Norges Arktiske Universitet UiT.
- Klausen, R. K., Blix, B. H., Karlsson, M., Haugsgjerd, S., & Lorem, G. F. (2016). Shared decision making from the service users' perspective: A narrative study from community mental health centers in northern Norway. *Social Work in Mental Health*, 1-18.
- Klausen, R. K., Haugsgjerd, S., & Lorem, G. F. (2013). "The lady in the coffin"- delusions and hearing voices: A narrative performance of insight. *Qualitative Inquiry*, 19(6), 431–440. doi: 10.1177/1077800413482096
- Mishler, E. G. (1999). *Storylines: Craftartists' narratives of identity*. London: Harvard University Press.
- Newton, A. Z. (1995). *Narrative ethics*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Pedersen, P. B., Sitter, M., Lilleeng, S. E., & Gravbrøt, K. I. (2013). *Distriktspsykiatriske tjenester 2012. Driftsindikatorer for distriktspsykiatriske senter*. [District psychiatric services 2012. Operating indicators of community mental

health centers.] (H. D. O. Health Ed.).
Oslo: Norway.

Pérez Prieto, H. (2006). Historien om räven och andra berättelser om klasskamrater och skolan på en liten ort – ur ett skol- och livsberättelse perspektiv. Karlstad University, Sweden: Estetik- filosofiska fakulteten.

Robinson, A. (2011). In theory Bakhtin: Dialogism, polyphony and heteroglossia. Retrieved from <https://ceasefiremagazine.co.uk/in-theory-bakhtin-1/>.

Sørly, R. (2017). Relasjonell innsikt sett i lys av makt, kunnskap, kjønn og ansvar. En studie fra nordnorsk distriktpsykiatri. Tidsskrift for psykisk helsearbeid Vol.14, nr 4, s.290-301.

Ulfseth, Lena A. (2016). Sosiale Relasjoner Og Narrativer Blant Personer Med Psykiske Lidelser I En Miljøterapeutisk Kontekst - Sammen Skapes Mening I Hverdagen. PhD avhandling, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU.

Vorland, L. H. (2009). Psykisk helsevern i nord. Hva fungerer godt, hovedutfordringer og rammer for videre utvikling av et desentralisert psykisk helsevern. [What works well, the main challenges and framework for further development of a decentralized mental health care] Paper presented at the Paper presented at the DPS- konferanse 28. og 29.10.2009, Tromsø, Norway.